

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Année 1904

THÈSE

N°

58

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 23 juillet 1904, à 1 heure.

PAR

Antoine QUINSAC

RETOUR

DE LA

SÉCRÉTION LACTÉE

APRÈS UN SEVRAGE PROLONGÉ

Président : M. P. BUDIN, Professeur.

Juges : { M. BONNAIRE,
M. DEMELIN, } *agregés.*
M. POTOCKI,

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente)

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen..... Professeurs.....

Anatomie.....
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie minérale.....
 Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Opérations et appareils.....
 Pharmacologie.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie comparée et expérimentale.....

M. DEBOVE.
 MM.
 POIRIER.
 CH. RICHET.
 GARIEL.
 GAUTIER.
 BLANCHARD.
 BOUCHARD.
 HUTINEL.
 BRISSAUD.
 LANNELONGUE.
 CORNIL.
 MATHIAS DUVAL.
 RECLUS.
 POUCHET.
 GILBERT.
 CHANTEMESSE
 BROUARDEL.
 DÉJÉRINE.
 N.
 LANDOUZY.
 HAYEM.
 DIEULAFOY.
 DEBOVE.
 GRANCHER
 GAUCHER.
 JOFFROY.
 RAYMOND.
 TERRIER.
 BERGER.
 LE DENTU.
 TILLAUX.
 DE LAPPERSONNE.
 GUYON.
 PINARD.
 BUDIN.
 POZZI.
 KIRMISSON.

Clinique médicale.....

Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies syphilitiques.....
 Clinique de pathologie mentale et des maladies de
 l'encéphale.....
 Clinique des maladies nerveuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique des voies urinaires.....
 Clinique d'accouchements.....
 Clinique de gynécologie.....
 Clinique de chirurgie infantile.....

Agrégés en exercice :

MM.
 ACHARD.
 AUVRAY.
 BEZANÇON.
 BONNAIRE.
 BROCA (AUG.)
 BROCA (ANDRÉ).
 CHASSEVANT.
 CUNEO.
 DEMELIN.
 DESGREZ.

MM.
 DUPRÉ.
 FAURE.
 GILLES DE LA TOURETTE.
 GOSSET.
 GOUGET.
 GUIART.
 HARTMANN.
 JEANSELME.
 LANGLOIS.
 LAUNOIS.

MM.
 LEGRY.
 LEGUEU.
 LEPAGE.
 MARION.
 MAUCLAIRE.
 MERY.
 POTOCKI.
 RÉMY.
 RENON.
 RICHAUD.

MM.
 RIEFFEL.
 TIESSIER.
 THIERY.
 THIROLOIX
 THOINOT.
 VAQUEZ.
 WALLICH.
 WALTHER.
 WIDAL.
 WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

La mortalité des enfants du premier âge est effrayante. C'est un fait que laissait soupçonner l'observation journalière ; c'est une vérité écrasante que les statistiques récentes, faites dans notre pays, ont livrée aux méditations des médecins et des législateurs. Les recherches de Balestre et Gilletta de Saint-Joseph de Nice, sur la mortalité de la population urbaine de la France, ont en effet établi que, sur 1000 décès de tout âge, il y en a en moyenne 167, c'est-à-dire le sixième de 0 à un an. Dans certaines villes même, comme St-Pol-sur-Mer, la mortalité de la première enfance a atteint le chiffre énorme de 509, plus de la moitié des décès ! Aussi a-t-on pu dire avec une extrême justesse « qu'un enfant qui naît a moins de chances de vivre une semaine qu'un

homme de 90 ans, et moins de chances qu'un octogénaire de vivre un an ».

Et si le cri d'alarme a été jeté par des médecins clairvoyants et humanitaires, par des patriotes éclairés ; si les pouvoirs publics se sont émus de cet état de choses ; c'est parce que, le chiffre des naissances ayant notablement diminué en France tandis qu'il continue à s'accroître à l'étranger, la question de la mortalité de l'enfance est devenue une question de vitalité pour notre pays, une question d'intérêt supérieur dans laquelle l'avenir économique et politique de la France, se trouvent engagés. Chaque enfant qui meurt est une parcelle de la force et du prestige de la France qui s'évanouit.

Parmi les facteurs qui exercent le plus de ravages dans la première enfance, celui qui cause le plus de décès, celui qui fait de véritables hécatombes, c'est la gastro-entérite. Les travaux de Balestre et Gilletta nous apprennent encore que, sur 1000 enfants qui succombent dans leur première année, 385 sont emportés par la diarrhée, c'est-à-dire plus d'un tiers. La proportion est beaucoup plus forte dans certaines villes comme Le Havre, Dijon, Lille, Trôyes, Rouen, où elle atteint 50, 60 et même 70 pour cent. Les affections pulmonaires, la faiblesse congénitale viennent en seconde ligne ; puis, loin derrière elles, la tuberculose et les maladies contagieuses. Mais il importe de remarquer que, lorsqu'elle n'entraîne pas directement la mort, la gastro-entérite expose les enfants à de grands dangers, en affaiblissant leur résistance, et en les rendant plus vul-

néralbles et plus susceptibles de contracter d'autres maladies telles que bronchite, broncho-pneumonie, maladies infectieuses, etc. De telle sorte qu'on peut avancer que la puissance destructive de la gastro-entérite, chez les enfants du premier âge, est encore plus grande qu'elle ne le paraît.

Or, la cause des troubles gastro-intestinaux chez le nourrisson, réside presque toujours dans un vice d'alimentation. C'est pour ne pas avoir été guidées et conseillées, que les jeunes mères, ignorantes pour la plupart, et ne suivant que les indications dictées par leur amour maternel, souvent imprévoyant en l'espèce, élèvent leur enfant d'une façon défectueuse et sont les auteurs involontaires de la gastro-entérite qui éclate. Sans doute celles qui donnent à leur enfant le seul aliment qui lui convienne, c'est-à-dire leur propre lait, peuvent le rendre malade en le suralimentant, mais combien sont plus grands les dangers que courent les enfants élevés au biberon. C'est en effet l'allaitement artificiel qui cause les victimes les plus nombreuses. La composition du lait qui n'est pas approprié à l'organisme de l'enfant, les dangers de souillure, la difficulté de stérilisation et de conservation, les altérations frauduleuses multiples dont il est l'objet, enfin la fréquence de la suralimentation, sont autant de causes qui favorisent l'intoxication alimentaire et ses terribles conséquences.

Les statistiques confirment cette action meurtrière de l'allaitement artificiel en montrant que les enfants élevés au biberon meurent en général trois fois plus de

diarrhée que les enfants élevés au sein. Cette proportion devient beaucoup plus forte pendant les chaleurs de l'été. A ce moment, la mortalité des enfants élevés artificiellement peut dépasser 8 à 10 fois celle des enfants élevés au sein.

Aussi devons-nous de toutes nos forces favoriser l'allaitement au sein et, en particulier, l'allaitement maternel. Un grand mouvement s'est dessiné pendant ces dernières années, dans notre pays, pour faire pénétrer dans l'esprit des mères cette vérité, trop oubliée, que l'enfant à qui elles donnent le jour, a droit au lait maternel, et qu'elles ne sauraient se soustraire à un devoir que la nature leur impose.

Mais, parmi les femmes désireuses de bien faire, il en est qui, minées par une maladie grave et incurable, ne peuvent faire les frais de l'allaitement et doivent renoncer à la joie de nourrir elles-mêmes leur enfant. D'autres, plus nombreuses, par suite de la situation sociale qui leur est faite, sont obligées de consacrer tout leur temps à gagner le pain qui doit assurer leur existence, et elles doivent confier leur enfant à une nourrice mercenaire qui l'emportera loin du foyer de la famille, ou, ce qui est pire, elles le font élever au biberon par une main souvent inexpérimentée. Il en est d'autres enfin qui, ayant commencé l'allaitement de leur enfant avec succès, se voient brusquement forcées de le sevrer, parce qu'une maladie aiguë survenue inopinément a tari la sécrétion du lait dans leurs mamelles, ou bien les a plongées dans un tel état d'épuisement qu'il serait dangereux pour elles de continuer l'allaitement. Si les res-

sources de la famille ne sont pas suffisantes pour prendre une nourrice mercenaire ; si, cas particulier, la syphilis des parents leur interdit de confier leur enfant à une personne étrangère, l'enfant est mis au biberon et il n'est pas rare alors de le voir mal supporter un sevrage auquel il n'a pas été préparé. Les troubles digestifs font leur apparition, et sa vie peut être menacée. Mais tout espoir n'est pas perdu de le sauver. La mère guérie, elle remet au sein son enfant qui en a été éloigné pendant plusieurs semaines, plusieurs mois même, et, bien que la fonction des mamelles semble perdue pour toujours, le lait revient peu à peu sous l'influence des suctions répétées de l'enfant ; sa quantité d'abord insignifiante, augmente progressivement et, au bout de 15 jours, on peut supprimer complètement le biberon qui avait failli causer la mort de l'enfant.

Ce sont ces faits de retour inespéré de la sécrétion lactée, après une interruption prolongée de l'allaitement, que nous nous proposons de mettre en lumière. Nous en avons observé plusieurs cas dans le service de notre maître, M. Barbier, à l'hôpital Hérold, et nous avons pu en apprécier toute l'importance.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous avons à cœur, au terme de nos études médicales, de témoigner notre reconnaissance à tous les maîtres qui, dans les hôpitaux, nous ont accueilli avec bienveillance et nous ont prodigué leurs conseils.

Nous remercierons en particulier M. le D^r Klippel qui, par son enseignement clair et précis, nous a initié au diagnostic souvent si délicat des maladies nerveuses.

Nous avons déjà cité M. le D^r Barbier dont nous avons eu le bonheur d'être l'externe pendant la dernière année de nos études. Il nous a donné le goût de la médecine infantile et nous avons tiré le plus grand profit de ses causeries cliniques au lit des malades. La question de l'alimentation des nourrissons lui est particulièrement chère et c'est grâce au dévouement avec lequel il s'emploie à sauver ces chers petits que nous pouvons aujourd'hui apporter les observations qui sont la base de notre thèse. Nous sommes heureux de lui présenter ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Nous adressons aussi tous nos remerciements à M. le baron Henri de Rothschild, à MM. les docteurs Hauser, Brunier, Legrand, à notre vieille amie Mlle Abrieux, qui ont eu l'amabilité de nous communiquer leurs observations personnelles.

Nous avons demandé à M. le P^r Budin, qui consacra, dès la première heure, ses efforts et son intelligence à la cause des nouveau-nés, de vouloir bien présider notre thèse. Qu'il nous permette de lui témoigner notre vive gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant cette présidence.

HISTORIQUE.

Le retour de la sécrétion lactée dans les glandes qui n'ont pas sécrété depuis un certain temps ne doit pas nous étonner, si nous en croyons les faits merveilleux rapportés par les auteurs.

On a vu en effet de vieilles femmes, qui n'avaient pas eu de grossesse depuis de longues années, allaiter avec succès leurs petits enfants.

Audebert raconte qu'une femme de 62 ans, chargée d'élever sa petite fille au biberon, eut l'idée de lui donnerle sein pour l'amuser, et, qu'au bout de peu de temps, elle eut assez de lait pour allaiter l'enfant. La sécrétion persista pendant un an.

Le D^r Waddy, de Dublin, a observé le cas d'une femme septuagénaire qui a allaité aussi son petit-fils, 20 ans après avoir cessé elle-même d'avoir des enfants.

Bouchut prétend que c'est un usage traditionnel parmi les habitants du Cap-Vert, lorsqu'une femme meurt en nourrissant son enfant, d'obliger la plus proche parente, qu'elle soit mariée ou non, et quel que soit son âge, à nourrir l'enfant privé de sa mère ; pour cela la femme est soumise à une série de pratiques bizarres consistant dans l'application de feuilles de ricin tièdes sur les seins, et dans l'emploi de fumigations vers les parties génitales ; l'enfant est en outre approché plusieurs fois par jour du mamelon ; après trois ou quatre jours au plus la sécrétion lactée s'établit.

Il n'est pas besoin, en effet, que la femme ait déjà allaité pour que la sécrétion lactée puisse s'établir dans ses seins. A côté des exemples de vieilles multipares, nous pouvons citer ceux de jeunes filles, encore vierges, chez lesquelles la succion répétée d'un enfant a suffi à faire monter le lait.

Chaussier, dans ses leçons de Physiologie, raconte qu'une jeune demoiselle, fatiguée des cris de l'enfant commis à sa garde, l'apaisait en lui donnant le sein. Elle finit par avoir assez de lait pour le nourrir. Baudelocque a observé un cas analogue chez une petite fille de 8 ans.

Des faits, plus curieux encore, d'hommes ayant pu remplir les fonctions de nourrice, ont été observés dans divers pays.

Le professeur américain Hall, de Maryland, a présenté un nègre de 55 ans, qui avait allaité tous les enfants de ses maîtres.

Le naturaliste Humboldt raconte qu'il a eu l'occasion,

dans ses voyages au Nouveau Continent, de voir un laboureur, nommé Francesco Lozano, âgé de 32 ans, qui aurait nourri son fils de son propre lait. La mère étant tombée malade, le père pour consoler son enfant, le prit dans son lit et le pressa contre son sein. Jusqu'à ce jour Lozano n'avait pas remarqué qu'il eût du lait ; mais bientôt l'excitation de la mamelle produite par la succion répétée de l'enfant, causa l'accumulation de ce liquide. Le lait étant épais et sucré, le père étonné de voir grossir ses mamelles, donna à téter à son enfant pendant cinq mois, plusieurs fois par jour.

On trouve dans la littérature médicale beaucoup d'autres exemples de ces anomalies ; ils ont été réunis dans divers travaux que l'on pourra consulter avec intérêt (1). Mais nous nous bornerons à ceux que nous venons de rapporter, parce qu'ils suffisent à montrer que la lactation n'est pas toujours nécessairement liée à la puerpéralité et qu'une femme peut avoir du lait sans nouvelle grossesse.

Si nous quittons maintenant le domaine du merveilleux pour nous placer sur un terrain plus pratique, nous pouvons dire *a priori* que des exemples de retour de la sécrétion lactée après une interruption temporaire, mais assez prolongée, de l'allaitement, ont dû être observés de tout temps ; les observations que nous rapportons plus loin et où nous voyons des mères, sous la

(1) H. NOEL. *Journal de Médecine* (mai 1901) La sécrétion lactée chez les femmes non fécondées et chez les mâles.

R. DUVAL. *Thèse de Paris*, 1881. De la sécrétion mammaire non puerpérale.

OLGA GRINIEWITCH. *Thèse de Paris*, 1892, etc.

seule inspiration de l'amour maternel, reprendre d'elles-mêmes l'allaitement interrompu pour tenter de sauver leur enfant, nous permettent de formuler cette opinion.

Cependant cette question ne semble pas avoir été abordée avant le commencement du siècle dernier, si nous nous en rapportons à nos recherches personnelles en même temps qu'au dire de Lagneau (1). Ce médecin raconte l'histoire d'une femme de 29 ans, qui accoucha le 13 août 1814, de son quatrième enfant. Elle le confia à une nourrice, en province. La montée laiteuse s'effectua chez elle d'une façon normale; comme elle n'allaitait pas, le lait disparut complètement de ses seins. Au bout d'un mois, il était impossible d'en faire sourdre une goutte. A ce moment elle apprit que son enfant était tombé malade; très inquiète, elle demanda à Lagneau si elle ne pourrait pas le reprendre chez elle pour le nourrir. Celui-ci ne connaissait point d'exemple de reprise de l'allaitement et il craignait, d'autre part, que le rétablissement de la sécrétion lactée n'exercât une mauvaise influence sur l'écoulement lochial que présentait la mère. Il se rappelait cependant les cas de sécrétion lactée provoquée chez de vieilles femmes, des vierges et même des hommes. Cédant aux instances de la malheureuse mère, il l'autorisa à essayer l'allaitement. Elle se fit d'abord téter par une amie qui fit venir un peu de liquide acide et limpide, puis sanguinolent. Elle livra ensuite ses mamelles à un petit chien.

(1) LAGNEAU. *Journal de Méd. Chir. et Pharm.*, XXXI, Paris, 1814.

Le lait revint le cinquième jour et, au bout de huit jours, l'enfant fut mis au sein et allaité avec un plein succès.

Malgré cette observation probante, le préjugé qu'il était impossible et même dangereux de rappeler la sécrétion lactée chez une femme, un certain temps après l'accouchement, était resté enraciné dans l'esprit populaire et partagé par les médecins. En 1852, Trousseau, dans ses leçons cliniques à l'hôpital Necker, s'appliqua à réfuter cette erreur et il apporta plusieurs exemples de reprise de l'allaitement après plusieurs semaines et même plusieurs mois d'interruption. Il montra tout le parti qu'on pouvait tirer de la connaissance de tels faits, puisqu'on se trouvait en mesure d'arracher à la mort un certain nombre d'enfants, en les délivrant de l'allaitement artificiel. En raison de leur importance, nous reproduisons, à la suite des nôtres, ces observations qui ont été publiées par Gubler dans l'Union médicale de 1852. La même année, Ballou, en Amérique, faisait reprendre avec succès l'allaitement à trois femmes qui avaient sevré leur enfant depuis plusieurs mois.

Depuis cette époque, un grand nombre d'autres cas ont été rapportés tant en France qu'à l'étranger. Aubert (1855), Lardeur (1859), Fournier (1862), Minot (1870), Ancona et Dujardin-Beaumetz (1877) ont réussi à rappeler la sécrétion lactée au moyen de l'électricité; Caron de la Carrière (1891) par l'emploi du Galega, etc.

Plus récemment encore, la plupart des médecins qui s'occupent spécialement de l'alimentation des nourrissons, ont apporté de nombreux exemples :

M. Comby raconte qu'une jeune femme lui conduisit

son enfant âgé de trois semaines. Elle l'avait mis au biberon, depuis quinze jours, sur les conseils d'une voisine qui la croyait trop faible pour allaiter ; l'enfant était cachectique, avait du muguet, de l'érythème des fesses. M. Comby conseilla à la mère de le remettre au sein sans plus tarder et de l'aider, pour les premières tétées, en exerçant avec la main des pressions sur la base du mamelon. Ce conseil fut suivi et le lait remonta peu à peu dans les seins. Huit mois après l'enfant était dans un état florissant de santé. L'allaitement avait pu être repris après une interruption de quinze jours.

Le D^r N. Martin a observé un cas dans lequel la sécrétion s'est rétablie après cinq mois d'interruption. Il s'agit d'une primipare, accouchée dans de bonnes conditions ; elle essaye d'allaiter ; mais des gerçures du sein apparaissent et l'enfant est envoyé en nourrice. La sécrétion lactée de la mère se tarit complètement. Quatre mois après, l'enfant a de la gastro-entérite ; on le confie à une autre nourrice qui l'abandonne bientôt. Il est mis alors au biberon, mais on est au mois de juillet, en Algérie, où le choléra infantile est à craindre. Une commère du voisinage conseille à la mère désolée de remettre son enfant au sein. Après avoir fait téter un petit chien pendant deux jours, la jeune femme voit la sécrétion lactée se rétablir et l'enfant ne tarde pas à recouvrer la santé.

Marfan, dans son *Traité de l'Allaitement*, cite le cas d'une jeune femme qui allaita son enfant avec succès jusqu'au cinquième mois. A ce moment les règles apparurent ; le nourrisson eut une diarrhée légère et diminua de poids. L'accoucheur et le mari insistèrent pour

que la mère cessât d'allaiter ; celle-ci y consentit à contre-cœur. On prit une nourrice qui fut renvoyée après deux mois parce qu'elle abusait des liqueurs spiritueuses. La mère ne voulut pas introduire de nouveau une étrangère à son foyer et alimenta son enfant avec du lait de vache stérilisé. Après quinze jours d'allaitement artificiel, l'enfant se refusa absolument à prendre toute nourriture. Lait de vache cru, bouilli ou stérilisé, potages savamment composés, tout fut repoussé. L'amaigrissement devint considérable. Alors la mère remit le bébé au sein ; celui-ci tira d'abord faiblement, puis, stimulé sans doute par la faim, il exerça des suctions plus énergiques ; après cinq jours la sécrétion lactée fut suffisante pour que le poids recommençât à augmenter. La mère a continué d'allaiter jusqu'au treizième mois. L'interruption avait duré près de trois mois.

M. le Pr Budin a rapporté aussi des cas fort intéressants de retour de la sécrétion lactée chez des femmes qui ont cessé momentanément d'allaiter, et nous nous proposons d'en reproduire quelques-uns avec nos observations personnelles.

Après ce rapide coup d'œil jeté sur l'histoire du retour de la sécrétion lactée, nous allons maintenant entrer dans le détail et étudier successivement les causes qui peuvent obliger les mères à sevrer prématurément leur enfant ; la possibilité de reprendre l'allaitement après une interruption de longue durée ; les moyens de favoriser le retour de la sécrétion lactée. Nous terminerons en rapportant les observations les plus intéressantes que nous avons pu recueillir sur ce sujet.

*Causes qui peuvent entraîner une suspension
prolongée de l'allaitement.*

A toutes les périodes de l'allaitement, peuvent surgir des obstacles qui obligeront les mères à sevrer leur enfant. La lecture des observations nous en fournit la preuve. Dans quelques cas, l'allaitement artificiel a été institué d'emblée, soit parce que l'enfant, un prématuré, n'a pas assez de force pour faire sortir le lait du sein de sa mère ; soit parce que celle-ci, une pauvre femme, est pressée de reprendre au dehors le travail qui lui permettra de gagner sa vie et celle de son enfant. Quelques jours à peine se sont écoulés depuis l'accouchement, et déjà les crevasses douloureuses, la galactophorite ont fait leur apparition dans les seins de la nouvelle accouchée. Plus tard c'est une maladie infectieuse

grave qui éclate, et la mère assiste avec désespoir à la disparition de son lait. Enfin, l'enfant ayant atteint le 7^e ou le 8^e mois, la mère a hâte de le sevrer parce que l'allaitement la fatigue ; elle remplace le sein par le biberon ; mais l'enfant tolère mal ce sevrage prématuré ; il commence à avoir de la diarrhée et à maigrir, il se cachectise ; le sein d'une bonne nourrice peut seul l'arracher à la mort dont il est menacé.

Telles sont les circonstances dans lesquelles on voit les mères interrompre le plus souvent l'allaitement ; les causes qui peuvent les obliger à prendre cette détermination, tiennent soit à une affection locale des seins, soit à une maladie générale ; elles peuvent aussi être fournies par l'enfant.

Les gerçures et les crevasses du mamelon, si fréquentes chez les femmes qui ne veulent pas s'astreindre à régler les tétées de leur enfant, constituent rarement un obstacle absolu à l'allaitement ; cependant, dans quelques cas, elles peuvent dilacérer profondément le mamelon, le diviser en plusieurs tronçons, ou même produire un décollement partiel de sa base. Sans être aussi étendues, elles déterminent parfois une douleur assez vive pour rebuter les femmes les moins pusillanimes et les forcer à suspendre l'allaitement.

En ouvrant la porte à l'infection microbienne, ces lésions servent de point de départ à la galactophorite et à la lymphangite du sein. Cette dernière, même lorsqu'elle est double, n'entraîne pas nécessairement la suspension de l'allaitement. Ainsi que l'ont montré Budin et Perret, on peut continuer à mettre l'enfant au

sein, à condition de redoubler les précautions antiseptiques et de laver les seins au sublimé faible, puis à l'eau bouillie, avant chaque tétée. Mais il n'en est pas de même pour la galactophorite ; il serait dangereux de faire téter à l'enfant un lait mélangé de pus et chargé d'une foule de microbes pathogènes. Damourette a montré dans sa thèse, que les accidents qui peuvent survenir dans ces conditions, offrent parfois une haute gravité. L'enfant, menacé de troubles gastro-intestinaux d'intensité variable, est en outre exposé à la conjonctivite catarrhale ou purulente, à l'otite suppurée, aux abcès rétro-pharyngiens et sous-cutanés multiples ; il peut même être emporté par la pyohémie ou une septicémie suraiguë.

La galactophorite, non traitée, aboutit quelquefois à la mastite suppurée, à l'abcès du sein, et, lorsque ces complications septiques atteignent les deux mamelles, il est de toute nécessité d'interrompre l'allaitement.

La femme qui allaite n'est pas à l'abri des maladies aiguës et infectieuses, et, dans ce cas, le médecin peut être embarrassé pour se prononcer en faveur ou contre l'allaitement. Les éléments d'appréciation se tirent de la contagiosité, de la gravité, de la durée de la maladie et aussi de la médication qu'elle nécessite. Les affections légères et de courte durée, permettent de continuer l'allaitement ; Budin et Perret ont rapporté des observations dans lesquelles des femmes atteintes d'angine, de grippe, d'infection puerpérale même, ont pu continuer l'allaitement sans inconvénient pour leur enfant ; mais ils s'empressent d'ajouter qu'il faut, dans

ces cas, montrer une grande prudence et avoir soin de ne pas laisser l'enfant en contact avec sa mère, dans l'intervalle des tétées, pour diminuer les chances de contamination.

Les maladies qui, malgré leur bénignité habituelle, présentent une grande puissance de contagion, ont donné lieu à des controverses. Roger a observé une série de nourrissons qui ont été nourris par leur mère atteinte de rougeole, de scarlatine ou d'érysipèle, sans contracter ces maladies. Par contre des faits nombreux de contagion ont été constatés, et, comme en pareille matière, les faits négatifs ne valent rien contre les faits positifs, il est prudent de faire cesser l'allaitement pendant toute la durée de la maladie. Dans le cas de diphtérie, il n'est pas de médecin, je pense, qui voudrait exposer l'enfant à cette redoutable maladie.

L'hésitation n'est pas davantage permise quand on se trouve en présence de maladies graves telles que fièvre typhoïde, pleurésie, rhumatisme articulaire aigu ; continuer l'allaitement dans ces conditions serait très préjudiciable à la mère, qui, affaiblie par la maladie, aurait de la peine à faire les frais d'une sécrétion lactée abondante ; il n'est pas rare d'ailleurs de voir le lait disparaître à ce moment. De son côté l'enfant, en absorbant un lait modifié dans sa composition et chargé de toxines, serait exposé à des troubles digestifs plus ou moins graves.

Des causes venant de l'enfant peuvent enfin entraîner une suspension momentanée de l'allaitement. Les prématurés naissent souvent dans un tel état de débilité qu'ils n'ont pas la force d'aspirer le lait dans le sein

de leur mère. D'autres fois, c'est une paralysie faciale, occasionnée par une application de forceps, qui tarde à guérir et empêche les mouvements de succion. Dans les deux cas, l'enfant sera nourri artificiellement jusqu'au moment où il pourra prendre le sein, et la mère fera bien de tirer son lait pour entretenir la sécrétion.

Reprise de l'allaitement

La possibilité de reprendre l'allaitement au sein, lorsqu'il a été interrompu par une des causes que nous venons de signaler, est démontrée par de nombreuses observations.

Comby a vu une nourrice qui, après une interruption de 44 jours causée par la scarlatine, put donner de nouveau le sein, avec un plein succès. Marfan (Traité de l'Allaitement) a observé aussi deux cas de reprise de l'allaitement, dans l'un après une interruption de 17 jours provoquée par une pneumonie, dans l'autre après une interruption de 25 jours provoquée par une angine diphtérique. Dans l'observation I nous racontons l'histoire d'une femme qui a pu reprendre l'allaitement après une fièvre typhoïde qui avait tari complètement

la sécrétion lactée. Les exemples de rétablissement de la sécrétion dans les seins qui ont été le siège d'abcès ne se comptent plus. Nous venons d'en observer un cas dans la clientèle de Mlle Abrieux, ex-sage-femme en chef de la Maternité de Bordeaux.

Mme P. . . , accouchée le 1^{er} avril a eu de nombreuses crevasses aux bouts des seins ; malgré cela elle a persisté à nourrir son bébé jusqu'à la formation d'un abcès au sein gauche, le vingtième jour après l'accouchement. A partir de ce moment (20 avril) elle cesse de donner le sein malade, mais continue à nourrir du sein droit en se faisant aider d'un peu de lait de vache. Un mois après, le 20 mai, l'abcès étant guéri, elle remet l'enfant au sein gauche ; le lait revient facilement et au bout d'une semaine il est presque aussi abondant que du côté droit, ce qui lui permet de cesser le lait de vache.

Quillier a communiqué à la Société obstétricale de France (avril 1902), une observation analogue dans laquelle il a pu suivre, avec la balance, le retour de la sécrétion dans un sein qui n'avait pas fourni de lait, depuis un mois, à cause d'un volumineux abcès. Lorsque l'enfant fut remis au sein malade, il put y prendre le premier jour 20 grammes de lait, le lendemain 60 gr. le surlendemain 90 gr., et ainsi de suite ; huit jours après, ce sein fournit à lui seul 290 grammes.

Le rétablissement de la sécrétion lactée dans un seul sein n'est qu'un cas particulier de la question qui nous occupe, mais il est raisonnable de penser que le même résultat puisse être obtenu lorsque les deux seins ont été simultanément le siège d'un abcès.

Il serait cependant téméraire d'affirmer que dans tous les cas l'allaitement peut être repris avec succès, et il importe de fixer les conditions dans lesquelles on a des chances de réussir.

Quelle est la durée de l'interruption compatible avec le retour de la sécrétion lactée ? Trousseau a obtenu un succès chez une femme qui avait sevré son enfant depuis 4 mois (observ. XIII) ; l'interruption a duré 5 mois dans le cas de Martin ; mais rien n'indique que la sécrétion lactée ne puisse se reproduire après un laps de temps plus considérable ; si nous nous rappelons les faits curieux de lactation observés chez des vieilles femmes et même chez des vierges, nous pouvons dire que la limite est impossible à prévoir.

Au point de vue pratique la question se pose d'une façon différente. Lorsque l'enfant a été sevré depuis cinq, six mois et plus, on ne songera guère à le remettre au sein, parce que les faits de retour de la sécrétion lactée, après un intervalle aussi long, ne sont que des exceptions. Nos observations démontrent au contraire, qu'après deux mois le lait peut encore revenir facilement dans les seins de la mère. C'est ce délai de deux mois que nous proposons d'adopter dans la pratique, en faisant remarquer que, lorsque la maladie qui est en cause se prolonge au-delà de cette limite, elle laisse souvent la femme dans un tel état d'épuisement qu'il ne saurait plus être question pour elle de reprendre l'allaitement.

Dans quelques cas la suspension de l'allaitement a duré moins de deux mois et cependant tous les moyens

employés pour faire revenir le lait restent impuissants. Comment expliquer ces insuccès ? Nous en avons observé un cas dans le service de M. Barbier ; il s'agissait d'une femme qui avait sevré son enfant parce qu'elle n'avait presque pas de lait ; ses seins étaient mous et à peine développés, la glande mammaire elle-même paraissait très atrophiée et il est probable qu'il fallait rapporter notre échec à cette atrophie congénitale des mamelles. Le plus souvent, c'est à la suite d'un abcès du sein, que l'on observe une abolition définitive de la fonction glandulaire. Planchon en a publié plusieurs exemples dans le Journal « L'Obstétrique » du mois de mai 1902 ; malgré tout ce qu'on a pu faire, le lait n'a pu revenir dans le sein malade et les femmes ont continué l'allaitement uniquement avec l'autre sein. L'une d'elles ayant eu une nouvelle grossesse, la montée laiteuse ne s'est pas produite dans le sein qui avait été antérieurement le siège de l'abcès. Il est légitime de penser que dans ces cas la suppuration avait détruit complètement l'élément sécréteur.

En dehors de ces causes d'échec, on réussira le plus souvent à rappeler la sécrétion lactée chez les femmes qui ont cessé d'allaiter depuis moins de deux mois. Le temps nécessaire pour que les glandes mammaires reprennent leur activité fonctionnelle est variable suivant les cas. Lorsque la suspension de l'allaitement a été de courte durée, une semaine par exemple, comme dans l'observation IV prise à la polyclinique de Rothchild, le lait peut revenir au bout de 3 ou 4 jours avec son abondance primitive. Dans les interruptions plus

longues, la sécrétion laiteuse se rétablit plus lentement, mais il est rare qu'au bout de quinze jours elle ne soit pas devenue suffisante pour alimenter l'enfant. Ce temps peut être beaucoup abrégé lorsque la femme a soin de tirer son lait en attendant le moment où elle pourra remettre son enfant au sein.

On peut se demander si le lait que l'on rappelle ainsi dans des mamelles qui avaient cessé de fonctionner depuis un certain temps, n'a pas perdu ses qualités nutritives. Les résultats obtenus nous permettent d'affirmer qu'il n'en est rien. L'enfant qui sert de critérium pour juger cette question se trouve toujours fort bien de la reprise de l'allaitement ; il continue à augmenter de poids, et bien plus, s'il présentait des troubles digestifs occasionnés par le biberon, on les voit bientôt se dissiper. Dans quelques cas on assiste à une véritable résurrection.

Moyens de favoriser le retour de la sécrétion lactée.

De nombreux moyens ont été employés pour rappeler ou augmenter la sécrétion lactée. La vieille médecine s'adressait surtout au règne végétal et il n'est guère de plantes auxquelles on n'ait attribué des propriétés galactagogues. La bourrache, la vipérine, la saponaire, le chardon, la laitue, le séneçon, la sauge, le cytise, etc., jouissent encore d'une certaine faveur dans l'esprit populaire, bien que leur action soit très incertaine.

Il faut peut-être attribuer une plus grande valeur à certaines préparations telles que la teinture de galega, le sirop d'ortie, la poudre d'anis, de fenouil et de cumin qui ont donné quelques résultats positifs. Le galega officinalis a été signalé comme galactogène par

Gillet-Damite ; il a permis au Dr Caron de la Carrière de rappeler la sécrétion lactée chez deux femmes qui avaient sevré leur enfant, la première depuis 41 jours, la seconde depuis deux mois. M^{me} Griniewitch a obtenu également quelques succès en employant le galega, soit seul, soit associé au cumin et au fenouil. Mais dans tous ces cas l'enfant a été mis au sein concurremment avec le traitement interne, et il est difficile de faire la part de ce qui revient au médicament et à l'excitation exercée par la succion sur la glande mammaire.

Dans ces dernières années, l'opothérapie nous a doté d'une nouvelle substance galactogène, le suc de placenta. M. Bouchacourt qui a étudié la valeur de cette médication en faisant ingérer de la chorionine (préparation de placenta de brebis desséché et pulvérisé) ou du suc placentaire pur obtenu par compression de placenta frais et lavé, a réussi à provoquer de la colostrorrhée en dehors de la gestation. Chez des femmes qui avaient cessé d'allaiter depuis un certain temps il a constaté que la poudre de placenta favorisait la montée laiteuse mais que son action s'épuisait rapidement. L'opothérapie placentaire ne saurait donc constituer, à elle seule, un moyen de rétablir la sécrétion lactée d'une façon durable.

Les moyens externes préconisés pour rappeler la sécrétion lactée présentent un plus grand intérêt ; ils consistent en massage, électrisation et succion ; nous laissons de côté les applications de cataplasmes chauds de feuilles de ricin, de mercuriale ou de pimprenelle dont l'action est contestable.

Le massage a été surtout employé en Russie où le D^r Mensing a réussi à rappeler la sécrétion lactée chez une femme atteinte d'agalactie et d'atrophie de la glande mammaire, consécutives à une inflammation du sein. M. Marfan conseille de frictionner les seins avec de l'alcoolat de lavande pour exciter la glande mammaire à fonctionner.

L'électrisation a été essayée pour la première fois en 1855 par le D^r Aubert, de Mâcon ; il s'agissait d'une femme qui nourrissait son enfant depuis onze mois et demi et chez laquelle une pneumonie double avait tari la sécrétion lactée ; le D^r Aubert pratiqua des séances quotidiennes de faradisation d'un quart d'heure chacune, en se servant de courants très faibles, et, dès le cinquième jour, le lait était revenu avec la même abondance qu'auparavant.

Un peu plus tard, Becquerel (1857), Lardeur (1859) ont obtenu également des succès. Fournier en 1862 a rapporté une observation intéressante dans laquelle l'enfant n'a été mis au sein qu'après la quatrième séance d'électrisation, alors que la sécrétion lactée était déjà rétablie ; il est évident que dans ce cas toute la part du succès revient à l'électricité. Depuis cette époque les tentatives se sont multipliées tant en France qu'à l'étranger et l'on a préconisé tour à tour la faradisation, la galvanisation, la franklinisation (Bédart de Lille).

Tous ces moyens physiques ont une réelle valeur pour exciter la glande mammaire à fonctionner ; ils peuvent rendre de grands services lorsque l'enfant reprend difficilement le sein et que le lait tarde à reve-

nir ; mais leur rôle devra toujours se borner à celui d'adjuvant.

Le moyen le plus puissant pour rappeler la sécrétion lactée est la succion. Les témoignages des auteurs sont à peu près unanimes sur ce point. Dans les conditions normales, la sécrétion mammaire est le résultat d'un réflexe, dont le point de départ se trouve dans l'excitation répétée, exercée sur le mamelon par la succion de l'enfant. C'est ainsi que l'on voit la quantité de lait fournie par la mère augmenter parallèlement aux besoins de l'enfant, parce que celui-ci exerce des suctions de plus en plus énergiques et prolongées. Si l'on vient au contraire à diminuer la fréquence et la durée des tétées, le lait subit une diminution parallèle et il n'est pas rare de le voir disparaître complètement. En d'autres termes, la glande mammaire, obéissant en cela à la loi générale des sécrétions glandulaires, fonctionne avec d'autant plus d'activité qu'elle est davantage sollicitée.

Ces faits ont été mis en lumière d'une façon remarquable par les expériences de M. Budin. Dans son service des débiles, à la Maternité, il n'avait à sa disposition que 14 nourrices pour nourrir 40 débiles plus leur propre bébé ce qui faisait en tout 54 enfants. Chaque nourrice donnait donc le sein à 3 ou 3, 4 enfants et, par suite de l'appel puissant qui était ainsi fait à la sécrétion mammaire, sept d'entre elles étaient arrivées à fournir une quantité moyenne de 2230 grammes de lait par jour ; une seule atteignit le chiffre de 2840 gr. de lait dans les vingt-quatre heures. Survint alors

une épidémie ; les bébés des nourrices furent atteints de bronchite ; malgré les précautions qui furent prises le service des débiles fut envahi et un assez grand nombre d'enfants succombèrent. On vit alors la quantité de lait fournie par les femmes diminuer ; au bout de 10 jours elle n'était plus que de 1690 gr. par nourrice ; un mois après elle avait baissé de plus d'un tiers.

M. Budin a rapporté encore des cas individuels de nourrices chez lesquelles il pouvait faire varier la production de lait, en faisant varier le nombre des enfants mis au sein. D'autres femmes, qui ne pouvaient d'abord nourrir qu'un seul de leurs deux jumeaux, étaient arrivées, par un entraînement progressif de la glande mammaire, à fournir assez de lait pour la nourriture des deux enfants.

La succion, véritable excitant physiologique de la glande mammaire, reste donc le moyen le plus efficace pour augmenter la sécrétion lactée. C'est aussi le moyen le plus sûr de rappeler cette sécrétion lorsqu'elle a été momentanément tarie. Dans presque toutes nos observations, il a suffi de remettre l'enfant au sein, pour voir la glande mammaire, sous l'influence de cette excitation naturelle, reprendre sa fonction. Dans quelques cas même, le lait est revenu en telle abondance que les enfants étaient menacés de suralimentation, et qu'on était amené à diminuer la durée des tétées (observ. VII). N'est-ce pas d'ailleurs, uniquement sous l'influence de la succion, que l'on a vu la sécrétion lactée s'établir chez de vieilles femmes, des filles vierges, des hommes même ?

Nous pouvons donc formuler, de la façon suivante, la technique de la reprise de l'allaitement après un sevrage prolongé : dès qu'on le pourra, on remettra l'enfant au sein et on complétera les tétées avec du lait stérilisé, jusqu'au moment où la sécrétion sera devenue assez abondante pour répondre aux besoins de l'enfant. Lorsque celui-ci sera trop faible pour faire monter le lait dans les seins de sa mère, on pourra stimuler la sécrétion par le massage ou l'électrisation de la glande mammaire ; mais le mieux sera encore, chaque fois qu'on le pourra, de faire téter la mère par un gros enfant.

Observations.

OBSERVATION I (Service de M. le D^r Barbier, à l'hôpital Hérold).

Léa Détourbet entre à l'hôpital, le 20 septembre 1903, avec son enfant, âgé de 3 mois, qui présente de la diarrhée et un peu de bronchite. Elle allaite elle-même son enfant depuis la naissance, et elle a assez de lait pour le nourrir seule. Après trois semaines environ de séjour à l'hôpital, elle tombe malade ; elle éprouve un malaise général avec de la céphalée, de l'insomnie et elle a un peu de diarrhée ; elle a de la fièvre le soir. Le 18 octobre sa température atteint 39°9 et elle se maintient à ce niveau pendant plusieurs jours. Elle descend ensuite lentement, non sans avoir présenté, à plusieurs reprises, de grandes ascensions vespérales. Le diagnostic de fièvre typhoïde, soupçonné dès le début, est confirmé par l'évolution de la maladie. La température revient à la normale le 4 novembre et elle s'y maintient.

Au début de la maladie la sécrétion lactée ne subit pas de grandes modifications ; elle est un peu diminuée, mais la mère peut encore donner suffisamment de lait à son enfant. Ainsi pendant les journées des 18, 19 et 20 octobre, où la température vespérale atteint 39°9, 39°7 et 40°4, la mère donne les quantités de lait suivantes :

400	grammes	le 18
460	—	le 19
560	—	le 20

Mais après quelques jours de cette hyperthermie, nous voyons la sécrétion diminuer brusquement et même se tarir à peu près complètement :

Le 21 octobre la mère ne donne plus que 290 gr. de lait.

Le 22 — — — — — 90 —

A partir de ce moment l'allaitement artificiel s'impose, au grand regret de la mère qui, malgré son état d'abattement et de faiblesse, désirerait nourrir elle-même son enfant. On donne à celui-ci 7 biberons de lait de vache stérilisé, composés chacun de 40 gr. de lait, 40 gr. d'eau et une cuillerée à café de sucre. Ce régime est continué jusqu'au 10 novembre.

A ce moment, la mère, guérie de sa fièvre typhoïde, est en pleine convalescence ; elle est encore bien affaiblie, mais elle manifeste le désir de reprendre l'allaitement. On remet donc l'enfant au sein, et voici les quantités de lait qu'il peut prendre :

Dès le premier jour, le 10 novembre, la mère lui donne 70 gr. de lait.

Le 11 novembre, elle donne 150 gr.

— 12 — — — 280 gr.

— 13 — — — 310 gr.

— 14 — — — 330 gr.

— 15 — — — 310 gr.

— 16 — — — 320 gr.

Le — 17 novembre,	elle donne	300 gr.
— 18	—	— 430 gr.
— 19	—	— 350 gr.
— 20	—	— 510 gr.
— 21	—	— 320 gr.
— 22	—	— 470 gr.
— 23	—	— 460 gr.
— 24	—	— 490 gr.
— 25	—	— 580 gr.
— 26	—	— 560 gr.
— 27	—	— 690 gr.

etc.

A mesure que la mère fournit plus de lait, on diminue la quantité de lait de vache, de façon à ne pas dépasser la ration alimentaire de l'enfant. A partir du 16^e jour après la reprise de l'allaitement, le lait étant revenu en quantité suffisante, on peut supprimer complètement le lait de vache : à l'allaitement mixte succède l'allaitement exclusif au sein.

Pendant tout ce temps, il est intéressant de voir ce qu'est devenu l'enfant. Avant la fièvre typhoïde de la mère, sa courbe de poids était régulièrement ascendante. Il n'a cessé d'augmenter tant que la mère lui a donné suffisamment de lait pour se passer du lait de vache. Dès que l'allaitement artificiel est institué, il commence à maigrir ; ses selles deviennent mauvaises et il se produit une éruption d'impetigo à la face et de l'érythème des fesses. Il pesait 4 k. 470 au moment de l'interruption de l'allaitement au sein ; 15 jours après, le 6 novembre, son poids était tombé à 4 k. 320. A partir de ce moment, les troubles digestifs s'atténuent et la courbe de poids redevient ascendante ; elle ne cesse d'augmenter dans son ensemble tandis que, l'allaitement au sein ayant été repris, la quantité de lait augmente dans les seins de la mère (voir *Fig. 1*).

En résumé, voilà une femme qui allaitait elle-même son enfant depuis 4 mois. Elle contracte la fièvre typhoïde et, après quelques jours, la sécrétion lactée s'étant tarie, elle est obligée

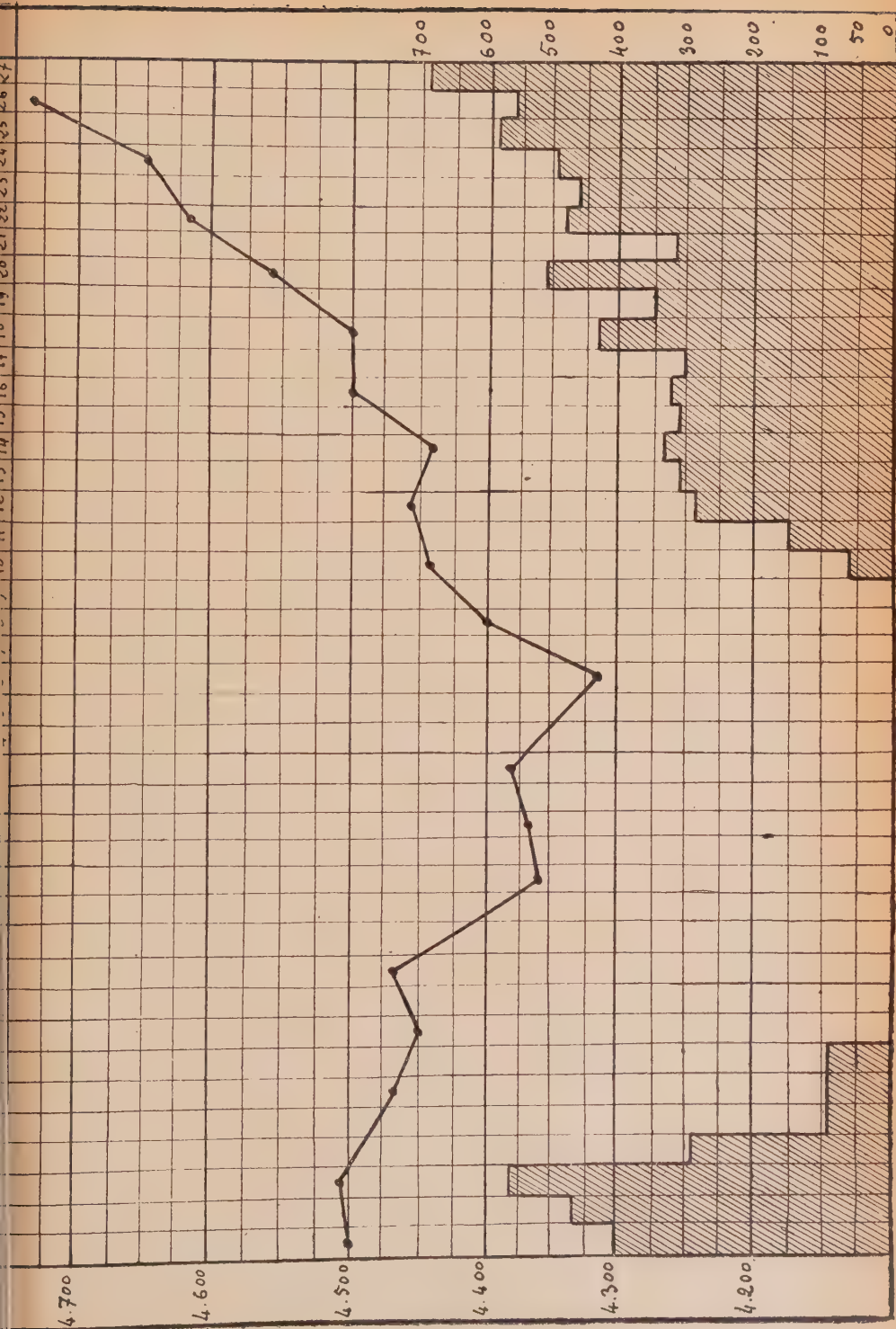


Fig. 1. — Poids de l'enfant. — Lait fourni par la mère.

de renoncer à l'allaitement. L'enfant est alors nourri exclusivement au lait de vache. Puis, la mère étant guérie, elle reprend l'allaitement interrompu depuis 17 jours. Au bout de 16 jours, le lait est revenu en quantité suffisante dans ses seins pour qu'on puisse se passer complètement du lait de vache.

Nous avons appris depuis, que cette femme avait trouvé à se placer, et qu'elle avait fait une excellente nourrice.

OBSERVATION II (Service de M. le Dr Barbier, à l'hôpital Hérold).

Yvonne B..., née le 21 janvier 1904, a été nourrie au sein maternel jusqu'au 18 février ; mais comme elle prend le sein assez difficilement et qu'elle ne profite guère, sa mère va consulter la sage-femme qui lui dit qu'elle n'a pas assez de lait et l'engage à sevrer son enfant. Ce conseil est suivi sans peine, et l'on donne alors à l'enfant un demi-litre environ de lait de vache par jour. Le résultat de ce sevrage prématuré ne se fait pas attendre ; les troubles digestifs, diarrhée, vomissements, éclatent bientôt chez l'enfant qui cette fois commence à maigrir d'une façon progressive. C'est en présence de ces phénomènes inquiétants que la mère se décide à venir à l'hôpital Hérold, où M. Barbier la reçoit avec son enfant, le 21 mars. Il y a exactement 31 jours que l'allaitement maternel a été interrompu. M. Barbier ordonne cependant de remettre l'enfant au sein et de compléter les tétées par du lait de vache stérilisé.

Les 3 premiers jours, l'enfant ne prend au sein de sa mère qu'une très petite quantité de lait ; il reçoit intégralement sa ration en lait de vache.

Le 4^e jour, 25 mars, il prend 90 grammes.

Le 26 — — 170 —

27 — — 140 —

Le 28 mars, il prend 110 grammes.

29	—	—	160	—
30	—	—	190	—

Le 31 mars, la mère veut quitter l'hôpital; elle emmène chez elle son enfant et, tout en continuant à lui donner le sein, elle lui donne en plus une grande quantité de lait de vache. Les troubles digestifs reparaissent; l'enfant maigrit et a des convulsions. La mère revient alors, le 6 avril, à l'hôpital où M. Barbier la reprend. Le même mode d'alimentation est institué, comme pendant le premier séjour; allaitement au sein, avec lait de vache pour compléter les tétées. La quantité de lait que l'enfant prend à sa mère est la suivante:

Le 7 avril 265 grammes.

8	—	255	—
9	—	280	—
10	—	300	—
11	—	340	—
12	—	240	—
13	—	410	—

A ce moment on supprime complètement le lait de vache, et la mère continue à nourrir seule son enfant.

Pendant tout ce temps qu'est devenu l'enfant?

Lors du premier séjour à l'hôpital il s'est vite amélioré sous l'influence d'un allaitement mixte bien réglé. Son poids, qui était de 3.130 gr. le 22 mars, avait atteint 3.470 gr. le 30 mars. Il avait donc gagné 340 gr. en 8 jours, soit 42 gr. 5 par jour. En même temps, les vomissements et les selles vertes avaient disparu. C'est en présence de cette amélioration que M. Barbier autorise la mère à quitter l'hôpital. Pendant la semaine que la mère a passée chez elle, suralimentant de nouveau son enfant, celui-ci est retombé malade et, à sa rentrée, le 7 avril, il ne pèse plus que 3.130 gr. Il a donc perdu les 340 gr. qu'il avait gagnés pendant son premier séjour.

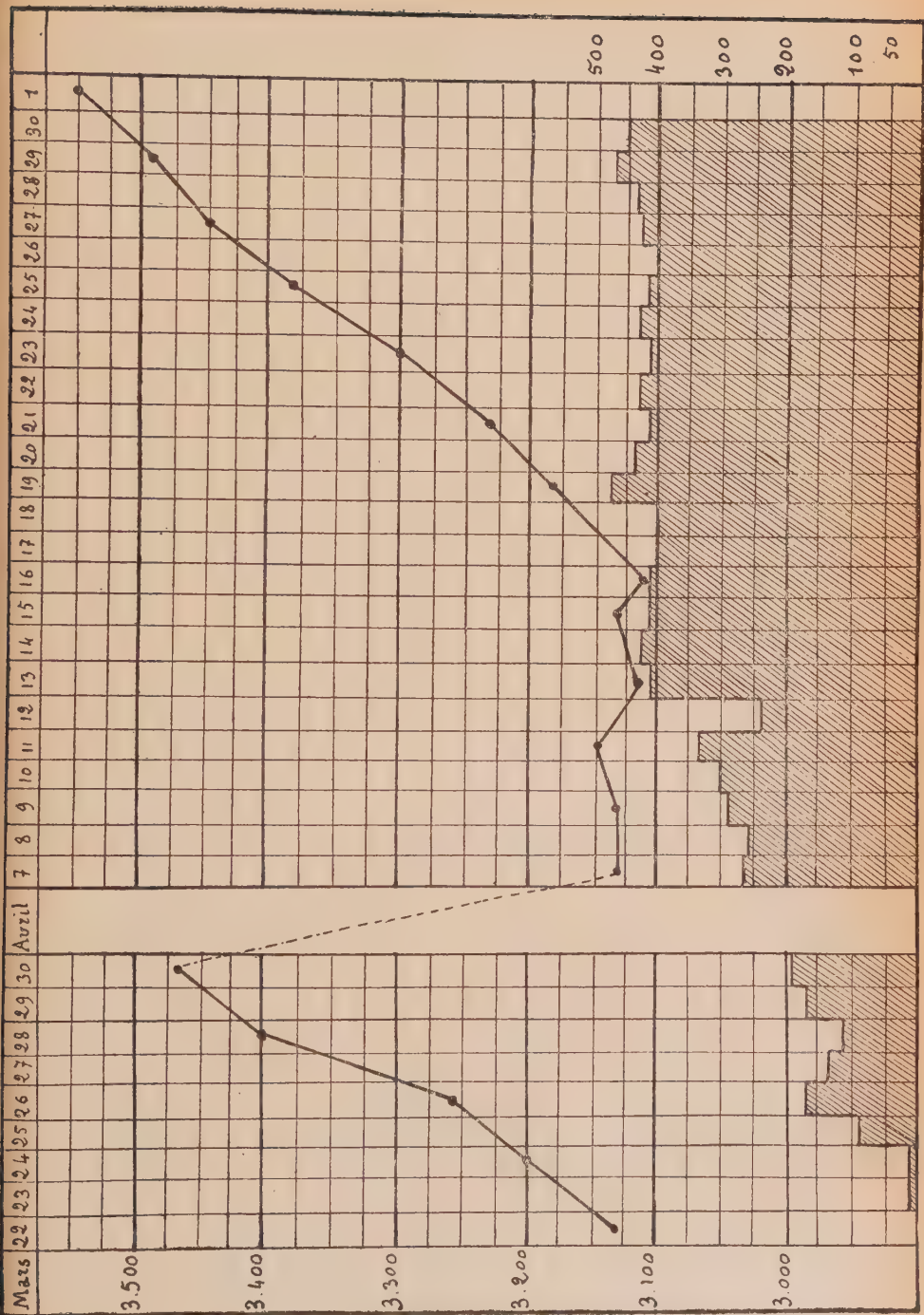
Malgré le traitement, l'enfant n'a pu se rétablir aussi promptement, cette fois, d'une reprise des troubles digestifs. Jusqu'au 16 avril, son poids est resté à peu près stationnaire. Les selles vertes et fétides, parfois glaireuses, tardent à reprendre leur aspect normal. Mais à partir de cette date, qui coïncide avec le moment où le lait de la mère est revenu en quantité suffisante pour alimenter l'enfant, celui-ci commence à augmenter régulièrement de poids (voir *Fig. 2*). Il pesait 3.110 gr. le 16 avril; à sa sortie de l'hôpital, le 1^{er} mai, il pesait 3.550 gr. ayant augmenté de 440 gr. en 15 jours, soit 30 gr. par jour.

En résumé, voilà une mère qui a sevré son enfant un peu moins d'un mois après l'accouchement. Des troubles digestifs se déclarent et, pour y remédier, M. Barbier conseille de reprendre l'allaitement, après 31 jours d'interruption. La sécrétion lactée a mis 23 jours pour se rétablir complètement; mais nous ferons remarquer que ce temps eût été peut-être très abrégé, si la mère n'avait pas quitté l'hôpital après les premiers jours de traitement.

L'enfant s'est très bien trouvé de la reprise de l'allaitement maternel, puisqu'à partir du moment où il n'a plus pris que le sein de sa mère, sa courbe de poids est devenue des plus belles.

OBSERVATION III (Service de M. le D^r Barbier).

La femme L..., entre à l'hôpital Hérold, le 8 mai 1903, avec son enfant qui présente des troubles gastro-intestinaux. Elle l'a nourri exclusivement au sein jusqu'à l'âge de 2 mois; l'enfant se portait bien et augmentait régulièrement de poids. Mais, obligée de reprendre son travail, elle met son enfant à la crèche, où il est nourri exclusivement avec du lait de vache. Huit jours après l'entrée à la crèche, des troubles digestifs apparaissent, diarrhée, régurgitations, vomissements; il en est ainsi pendant deux mois,



avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Mais l'amai-grissement fait des progrès considérables ; de plus, l'enfant tousse beaucoup. Aussi la mère se décide-t-elle à venir à l'hôpital Hérold, où elle est admise par M. le Dr Barbier.

Il y a environ deux mois qu'elle a cessé de donner le sein à son enfant. M. Barbier n'en conseille pas moins de remettre l'enfant au sein, en complétant les tétées avec du lait de vache.

Dès le second jour, le 9 mai, la mère fournit 90 gr. de lait.

Le 10	—	—	120	—
11	—	—	110	—
12	—	—	90	—
13	—	—	160	—
14	—	—	140	—
15	—	—	310	—
16	—	—	290	—
17	—	—	240	—
18	—	—	260	—
19	—	—	300	—
20	—	—	330	—
21	—	—	350	—
22	—	—	390	—
23	—	—	370	—

A ce moment la mère quitte l'hôpital de son propre gré ; elle n'a pas encore assez de lait dans ses seins pour subvenir aux besoins de l'enfant, mais on peut présumer qu'avec un peu plus de patience elle serait arrivée en peu de jours à supprimer complètement le lait de vache.

Pendant le séjour à l'hôpital qu'est devenu l'enfant ?

A son arrivée il pesait 3.880 gr. ; il vomissait et toussait fréquemment. Le second jour les phénomènes de bronchite s'aggravent et la température vespérale s'élève à 39°5 ; l'enfant dort mal et crie constamment. Cette infection bronchique amène une diminution passagère de poids ; l'enfant ne pèse que 3.860 gr. le

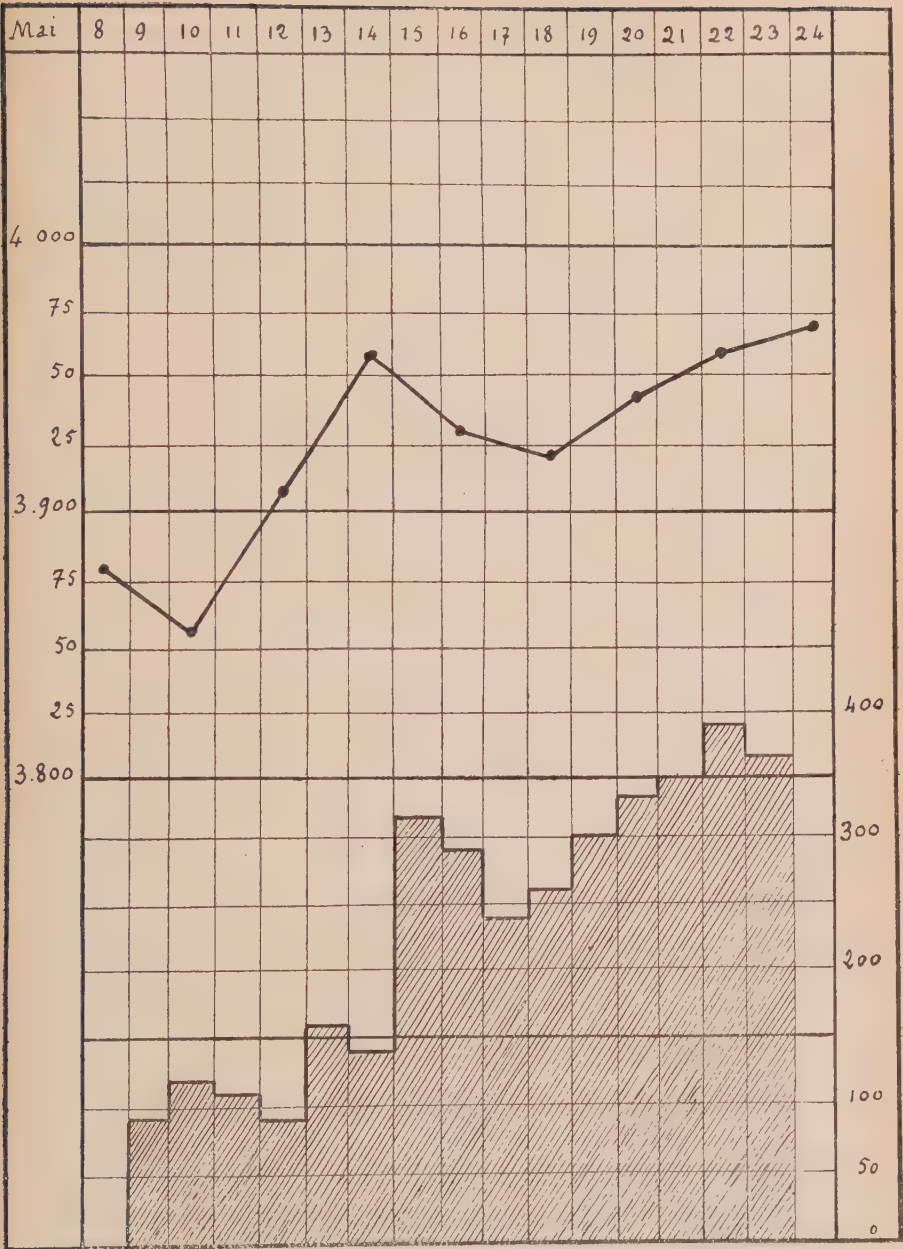


Fig. 3. — Poids de l'enfant. — Lait fourni par la mère.

11 mai. Puis, sous l'influence du traitement, les phénomènes respiratoires s'atténuent, l'état général s'améliore et le poids remonte à 3.960 le 14 mai. A ce moment la santé de l'enfant est de nouveau troublée par l'apparition d'une diarrhée verte; il maigrit un peu de façon à retomber à 3.920 le 18 mai. Enfin la diarrhée verte s'atténue et le poids augmente progressivement quoique lentement, jusqu'au jour de la sortie, tandis qu'on note une augmentation corrélatrice de la quantité de lait fournie par la mère (*Fig. 3*).

OBSERVATION IV (Polyclinique de Rothschild) M. Brunier.

La femme S..., accouche à terme, le 13 juin 1903, d'un enfant du sexe masculin. Pendant trois jours, l'enfant ne peut pas prendre le sein de sa mère par suite de la difficulté qu'il éprouve à saisir les mamelons qui sont complètement rentrés. Il est mis au sein d'une autre femme tandis que la mère se fait tirer le lait, dans le but de faire les bouts de sein. Elle peut bientôt donner à téter à son enfant et le nourrit seule pendant 3 mois. Au bout de ce temps, croyant ne pas avoir assez de lait, elle donne en plus à son enfant un peu de lait de vache; cet allaitement mixte provoque des troubles digestifs pour lesquels elle vient nous consulter à la polyclinique le 21 septembre. On lui conseille de supprimer le lait de vache et de ne donner que le sein. La mère suit ces prescriptions et continue à venir à la consultation quoique d'une façon irrégulière.

Le 7 mars 1904, elle se plaint d'avoir des maux d'estomac pour lesquels elle incrimine l'allaitement; malgré un traitement approprié, suivi pendant huit jours, les douleurs persistent; M. Brunier considérant alors que l'enfant est âgé de 9 mois, autorise la mère à sevrer son enfant; c'est ce qu'elle fait, en même

temps qu'elle prend un purgatif et se fait appliquer un bandage compressif sur les seins pour faire passer son lait. On donne à l'enfant du lait de vache écrémé et stérilisé ; on règle les tétées de façon à lui faire prendre 800 gr. de lait en 24 heures. Mais une surprise attendait la mère ; malgré tous les moyens employés l'enfant ne veut pas prendre le lait de vache ; il refuse de le boire aussi bien au verre, à la cuillère qu'au biberon ; après une lutte de huit jours, la mère ramène à la polyclinique son enfant qui a beaucoup maigri pendant cette période.

On lui conseille alors de remettre son enfant au sein ; le lait n'a pas complètement disparu malgré la purgation et la compression et on peut faire sourdre quelques gouttes par la pression.

L'enfant est donc remis au sein ; on complète d'abord les tétées avec du lait de vache ; mais dès le troisième jour le lait est revenu en quantité suffisante pour alimenter l'enfant. Celui-ci pesait 8.450 gr. avant le sevrage ; après la reprise de l'allaitement il reprenait rapidement son poids et même le dépassait de façon à peser 8.600 gr. un mois après, le 7 avril. Le poids n'a cessé d'augmenter ensuite pendant toute la durée de l'allaitement maternel.

8.830 gr. le 14 avril

9.000 — le 28 avril

9.180 — le 19 mai

9.250 — le 26 mai.

OBSERVATION V (Polyclinique H. de Rothschild).

Le 31 janvier 1904, la femme Al..., accouche prématurément dans le courant du huitième mois de sa grossesse, d'un enfant du sexe masculin, pesant 2.300 gr. La montée laiteuse se produit

le deuxième jour, les seins volumineux et tendus renferment une grande quantité de lait ; mais l'enfant ne peut prendre le sein. On le porte à la polyclinique où il est placé dans une couveuse, tandis qu'on conseille à la mère de tirer son lait régulièrement trois fois par jour.

La mère suit scrupuleusement ces conseils ; mais malgré ces précautions, peu à peu le lait, qui était d'abord sécrété en grande abondance, diminue de quantité, si bien qu'au bout de deux mois elle ne peut recueillir de lait que la valeur d'un dé à coudre pendant les trois traites quotidiennes. A ce moment, le 14 avril, l'enfant, qui était nourri exclusivement avec du lait de vache, ayant atteint le poids de 2.900 gr., on le sort de la couveuse et on le rend à sa mère pour qu'elle lui donne le sein. Pendant les trois premiers jours on complète les tétées avec du lait de vache stérilisé ; mais dès le quatrième jour le lait est revenu en quantité suffisante dans les seins de la mère pour qu'on puisse supprimer le lait de vache.

L'enfant est toujours nourri exclusivement par sa mère, et par l'accroissement progressif de son poids on peut constater que celle-ci est devenue une excellente nourrice :

Le	7 avril	l'enfant pèse	2.990 gr.
14	—	—	3.210 —
21	—	—	3.370 —
28	—	—	3.540 —
5 mai	—	—	3.830 —
12	—	—	3.980 —
19	—	—	4.180 —
26	—	—	4.380 —

OBSERVATION VI (Polyclinique H. de Rothschild).

La femme Au..., accouche le 30 janvier 1903, au huitième mois de sa grossesse, d'un enfant du sexe masculin.

Elle le nourrit d'abord chez elle avec du lait sucré. Mais comme il présente de la diarrhée et de l'amaigrissement, elle l'apporte à la polyclinique, le 12 février 1903, treize jours après la naissance.

L'enfant, dans un état de dénutrition extrême est refroidi ; la température centrale ne s'élève pas au-dessus de 35° ; il a en outre du muguet. Son poids est de 1.840 gr.

On institue l'allaitement artificiel ; on donne à l'enfant un biberon de 40 gr. de lait de vache stérilisé toutes les 2 heures et en même temps on recommande à la mère de le mettre régulièrement au sein.

L'enfant prend difficilement le sein ; le premier jour il ne prend que 8 gr. de lait au sein de sa mère.

Le	13	février	il prend	10	gr.
	14	—	—	10	—
	15	—	—	10	—
	16	—	—	15	—
	17	—	—	20	—
	18	—	—	30	—
	19	—	—	40	—
	20	—	—	60	—
	21	—	—	90	—
	22	—	—	75	—
	23	—	—	60	—
	24	—	—	70	—
	25	—	—	75	—
	26	—	—	70	—
	27	—	—	170	—
	28	—	—	200	—

A partir de ce jour on supprime le lait de vache et on ne donne que le sein à l'enfant.

Le 1 ^{er}	mars	il prend	260 gr.
2	—	—	235 —
3	—	—	270 —
4	—	—	230 —
5	—	—	280 —
6	—	—	290 —
7	—	—	300 —
8	—	—	320 —
.			
Le 20	—	—	420 —

Après une légère chute de poids pendant les trois premiers jours de son séjour à l'hôpital, l'enfant n'a cessé ensuite d'augmenter de poids ; le 12 avril il pesait 3.660 gr., ayant augmenté de 28 gr. environ par jour.

Le lait est revenu lentement dans les seins de la mère, mais nous ferons remarquer que l'enfant était un débile et qu'il prenait mal le sein ; le retour de la sécrétion aurait été certainement plus rapide avec un enfant vigoureux.

OBSERVATION VII (M. Hubert Legrand).

Rachel R., née le 25 juin 1902, est amenée à la consultation de nourrissons, le 10 juillet. Elle est à l'allaitement artificiel, la mère n'ayant pas voulu, malgré les objurgations de la sage-femme, la mettre au sein comme elle l'a fait pour ses deux premiers enfants. Elle pèse 3.585 gr.

Le 17 juillet	elle pèse	3.750 gr.
Le 24	—	— 3.610 gr.

En face de cette diminution, j'engage fortement la mère qui a encore un peu de lait dans ses seins, à tâcher d'y mettre l'enfant en lui faisant entendre en outre que le mauvais état observé ne fera que s'exagérer par cette saison chaude.

La mère se décide à m'écouter et va donner le sein toutes les deux heures en complétant chaque tétée par du lait bouilli.

Le 31 juillet l'enfant pèse 3.500 gr.

Mais le lait de la mère revient peu à peu. Le 7 août, le poids est de 3.675 gr.; la mère a beaucoup de lait; on supprime complètement le lait de vache.

Le 14 août, l'enfant qui est uniquement à l'allaitement maternel pèse 4.100., l'augmentation est trop considérable; il faut diminuer la longueur des tétées.

Le 31 août l'enfant pèse 4.365 g.; on diminue encore la longueur des tétées.

En somme il s'agit d'un cas de retour de la sécrétion lactée et avec un succès tel que l'enfant était menacé de suralimentation par le lait de sa mère.

OBSERVATION VIII (présentée par M. Thoyer-Rozat au XIII^e
Congrès international de médecine. Paris, août 1900.)

Il s'agit d'une femme de 28 ans, primipare, que j'accouchai le 17 décembre 1897. L'enfant, un garçon bien constitué, fut mis au sein le lendemain de sa naissance. Le lait monta dans les seins abondamment et l'allaitement se fit dans les meilleures conditions, l'enfant augmentant de poids très régulièrement, lorsque dans les premiers jours d'octobre 1898, appelée dans le Midi par des affaires de famille, ma cliente sevr brusquement son enfant. De ce moment l'enfant fut nourri avec du lait de vache stérilisé à domicile, mais donné sans aucune règle; presque im-

médiatement des troubles digestifs apparurent, diarrhée, vomissements, diminution de poids; puis, dans les premiers jours de décembre, la diarrhée fit place à de la constipation, en même temps que l'enfant présenta des phénomènes méningitiques (hyperthermie, agitation incessante, vomissements, convulsions). L'enfant se refusait à rien prendre; la mère, qui l'avait toute la journée sur ses genoux, eut alors l'idée de le mettre au sein pour calmer ses cris. Or, à notre grande surprise, le lait se mit à remonter dans les seins, si bien qu'au bout de quelques jours l'enfant, guéri des troubles gastro-intestinaux avec phénomènes méningitiques qu'il avait présentés, y trouvait une alimentation suffisante.

Cette montée laiteuse augmenta encore et pendant deux mois à peu près, jusqu'à la fin de janvier, l'enfant fut nourri exclusivement au sein.

Nous avons donc assisté à un rétablissement complet de la sécrétion lactée après huit semaines de sevrage.

OBSERVATION IX (M. le Pr Budin, Congrès international de Médecine, août 1900).

La nommée Den, . accoucha à la clinique Tarnier le 26 juillet 1899, d'un enfant qui pesait 2.820 gr.

Quand elle quitta l'hôpital le 6 août, il avait atteint le poids de 3.200 gr. La mère continua à nourrir son enfant chez elle pendant six semaines, puis l'envoya en nourrice à la campagne. Afin de bien faire passer son lait, elle se purgea 2 fois. Sept jours plus tard, elle apprit que son bébé était très malade et atteint de diarrhée grave.

Elle prit aussitôt le train, courut chez la nourrice, s'y installa, soigna elle-même son enfant et, bien qu'elle n'eût plus de lait dans ses seins, se fit téter.

Elle resta à la campagne jusqu'au 15 octobre, payant par jour deux francs pour son séjour. Son enfant allant tout à fait bien, elle rentra à Paris. Le lait était revenu dans ses seins et elle le nourrissait seule. La mère vint nous le présenter le 17 novembre et nous demander des conseils. Son enfant pesait alors 4.940 gr. Elle suivit notre consultation pendant quelque temps et la courbe de poids du bébé fut alors très belle. Le 23 février, âgé de 7 mois, il pesait 6.790 gr. Il ne prenait que le lait de sa mère.

Nous avons donc assisté à un cas de retour de la sécrétion lactée après une interruption de huit jours environ.

OBSERVATION X (Présentée par M. le P^r Budin au Congrès international de Médecine, août 1900)

Il s'agit d'une femme C..., primipare, qui accoucha chez une sage-femme agréée, le 3 avril 1900. Comme l'enfant était débile (2.250 gr.) et ne pouvait prendre le sein, la sage-femme conseilla à la mère de le confier à une nourrice au sein. On en fit venir une du bureau qui emporta l'enfant. Quelques temps après, la mère inquiète écrivit au maire du pays pour savoir si la nourrice qu'elle avait choisie donnait bien le sein. Il lui fut répondu que cette femme était accouchée depuis un an et qu'elle n'avait été autorisée à prendre qu'un enfant au biberon. La mère, très effrayée, partit immédiatement et elle trouva son bébé pâle, faible, avec des garde-robes verdâtres. Elle le prit, revint avec lui à Paris et nous l'amena à la consultation des nourrissons le 7 mai, c'est-à-dire 34 jours exactement après sa naissance. Cet enfant à cinq semaines ne pesait que 2.250 gr.

Nous le prenons dans le service avec sa mère. Les seins de cette dernière étaient assez volumineux, souples et mous ; mais elle n'avait jamais allaité et comme elle était accouchée depuis

34 jours, à la pression, on ne pouvait absolument rien faire sortir de ses seins.

On mit l'enfant au sein d'une nourrice ; il se rétablit peu à peu et sa courbe devint bientôt très belle. A sa sortie, le 19 mai, il pesait 2.480 gr.

En même temps nous essayâmes de faire revenir le lait dans les seins de sa mère. Pour cela on la fit téter par un gros enfant. Le 7 et le 8 mai, il ne put rien faire sortir ; mis sur le plateau de la balance, avant et après la tétée, il n'avait pas augmenté de poids.

Le 9 et le 10 mai il prit 5 grammes.

Le 11 mai — 35 —

Le 12 — — 70 —

Le 13, la mère donna le sein au gros enfant et commença à faire téter le sien ; elle fournit 145 gr.

Le 14 elle fournit 185 grammes.

Le 15 — 275 —

Le 16 — 360 —

Le 17 — 460 —

Le 18 — 595 —

Donc en 9 jours, chez cette femme qui n'avait pas une goutte de lait dans les seins, on était parvenu à faire monter le lait en grande quantité.

Elle partit le 19 mai, nourrissant seule son enfant ; elle nous le ramena plusieurs fois à la consultation des nourrissons et, le 15 juin 1900, il pesait 3.220 gr. et se portait aussi bien que possible.

OBSERVATION XI (Présentée par M. le Dr Perret à la Société d'Obstétrique. Décembre 1900).

M^{me} G... Agée de 22 ans, primipare, a eu ses dernières règles du 5 au 10 mars 1900.

Rien de particulier à noter pendant la grossesse. Le 28 octobre, enceinte par conséquent de 7 mois et demi, elle perd les eaux sans cause apparente, et, le 31 octobre, elle accouche prématurément d'un enfant du sexe féminin pesant 2.040 grammes. La mère, ne pouvant lui donner chez elle les soins nécessités par son état débile, le mit dans un établissement de couveuses où il resta jusqu'au 14 novembre.

A cette époque il pesait 2.060 gr. La mère le reprit chez elle et comme elle n'avait pas de lait, elle lui fit boire au verre du lait stérilisé, coupé d'eau bouillie : il en prenait environ 10 grammes par tétée et, malgré cette petite quantité, il fut atteint dès le lendemain de vomissements et de diarrhée. Il dépérit rapidement et un médecin fut consulté. Il conseilla de mettre l'enfant dans une couveuse et de lui donner le sein d'une nourrice. A la rigueur la mère eût pu tenir son enfant au chaud ; mais n'ayant pas de lait elle ne pouvait le mettre au sein. Aussi continua-t-il à dépérir et, après l'avoir gardé encore pendant cinq jours, sur les conseils d'un second médecin, la mère nous l'apporta à la clinique Tarnier où il fut admis, le 19 novembre.

A son entrée il pesait 1.870 gr. ; il avait une diarrhée profuse, des gardes-robes fétides. La température rectale était de 37°2. On le mit en couveuse et toutes les deux heures au sein d'une nourrice. Il y prit 15 à 30 gr. par tétée.

Le 20 novembre il boit en tout 225 gr. au sein ; la diarrhée est moins abondante.

Le 21 novembre la température rectale est de $37^{\circ}8$; il y a encore de la diarrhée. Aussi M. Budin fait-il diminuer la quantité de lait ; on ne lui donne que 15 à 20 gr. par tétée, soit un total de 185 gr. dans la journée ; son poids a baissé de 45 gr.

Le 22 novembre la température rectale est de $38^{\circ}8$; mais les gardes-robes sont moins fétides et moins fréquentes ; l'enfant digère mieux ; il augmente de 10 gr.

Le 23 novembre la température rectale est de $36^{\circ}4$; la diarrhée disparaît, l'enfant augmente de 10 gr., il prend de 20 à 30 gr. de lait par tétée. À partir de ce moment la diarrhée ayant totalement disparu, l'enfant assimile bien et son poids augmente régulièrement. Le 15 décembre il pèse 2500 gr. ; on le sort de la couveuse, il continue à s'accroître et le 20 décembre il pèse 2600 gr.

L'enfant est sauvé ; mais nous avons voulu faire mieux et nous avons pensé que notre tâche ne serait complètement achevée que si nous pouvions lui donner une mère ayant dans ses seins du lait pour le nourrir.

Lorsque cette femme est entrée à la clinique Tarnier, elle était accouchée depuis 3 semaines. Les seins étaient flasques et ne contenaient pas de lait. Cependant, à la pression, on parvenait à en faire sourdre quelques gouttelettes. Immédiatement on la fit téter régulièrement, toutes les deux heures, par un gros enfant.

Le premier jour on ne put obtenir vers la fin de la journée que 5 grammes de lait.

Le lendemain elle en donna 30 grammes.

Le 21 novembre elle donnait 35 gr. ; mais il survint une crevasse au sein droit. La mère hésitait à se laisser téter et pendant cette journée elle ne fournit que 10 gr. de lait.

On soigna son sein, on lui donna une tétérèlle, et le 23 novembre, elle donna 65 gr. de lait.

Le 24 novembre elle donne 70 gr.

— 25 — 100 gr.

— 26 — 130 gr.

Le 27 novembre elle donne 175 gr.

— 28 — — 255 gr.

— 29 — — 275 gr.

— 30 — — 260 gr.

Le 1^{er} décembre — 310 gr.

— 2 — — 325 gr.

— 3 — — 390 gr.

A partir de ce jour on lui mit son propre enfant au sein et lorsque ce dernier avait pris une certaine quantité de lait, on faisait téter ensuite le gros enfant.

De la sorte la mère donna :

Le 4 décembre 485 gr. de lait dont 30 à son enfant.

— 5 — 420 — 135 —

— 6 — 470 — 210 —

— 7 — 510 — 420 —

La mère nourrit alors seule son enfant, mais elle continua à donner le sein à un autre enfant et fournit :

Le 8 décembre 530 gr. de lait dont 440 à son enfant

— 9 — 560 — 490 —

— 10 — 605 — 465 —

— 11 — 635 — 470 —

— 12 — 710 — 525 —

— 13 — 730 — 535 —

— 14 — 740 — 540 —

— 15 — 760 — 545 —

— 16 — 835 — 565 —

— 17 — 875 — 575 —

— 18 — 910 — 580 —

— 19 — 950 — 605 —

Et le 29 décembre la mère a donné 960 gr. de lait dont

605 gr. à son enfant ; si bien que cette femme qui pendant trois semaines n'a pas eu une goutte de lait, est arrivée non seulement à nourrir son propre enfant, mais encore à nous aider à en élever d'autres.

OBSERVATION XII (M. le Pr Budin, in thèse Laisney. Paris 1903).

La femme Su..., âgée de 24 ans, primipare, accouche le 4 avril 1902, à la Clinique Tarnier, d'une fille bien portante pesant 3 260 grammes.

Jusqu'au 14 avril elle nourrit seule son enfant ; mais à ce moment une lymphangite, puis une galactophorite, apparaissent dans le sein droit. L'enfant est sevré momentanément du sein malade et on fait compléter ses tétées par une nourrice.

Le 20 avril la mère quitte la Clinique, allaitant son enfant qui pèse 3510 gr. Elle revient le 2 mai à la Consultation des nourrissons, l'ayant sevré et lui donnant un demi-litre de lait plus un demi-litre d'eau. M. Budin conseille à la mère de le remettre au sein. Son enfant pesait 3660 gr.

Le 9 mai il pèse 3800 gr. La mère l'a remis au sein, le lait est revenu en quantité suffisante pour qu'il soit inutile de continuer l'allaitement artificiel.

Le 16 mai il pèse 4.030 gr. ; augmentation 970 gr. ; moyenne 68 gr. 5.

On conseille à la mère de ne laisser son enfant que 5 minutes au sein, à chaque tétée.

Le 19 mai il pèse 4.030 gr. ; pas d'augmentation.

Le 23 mai il pèse 4230 gr. ; augmentation 200 gr. ; moyenne 28 gr. 5. Il était resté 10 minutes au sein.

Le 26 mai il pèse 4350 gr. ; augmentation 120 gr. : il continue donc à augmenter et ne prend que le sein.

OBSERVATIONS XIII (Trousseau. Leçons cliniques recueillies par Gubler. Union médicale. 1852).

I. — Au numéro 3 de la salle Sainte-Julie était une femme L., accouchée pour la seconde fois vers le 20 mars 1847. Elle n'avait pas nourri son premier enfant; elle voulut allaiter le second; mais comme celui-ci devint fort malade dès les premiers jours de sa vie, et que la mère toussait beaucoup, un médecin l'engagea à le sevrer, ce qu'elle fit, trois semaines après être accouchée. Les règles reparurent un instant dans les premiers jours de juin, c'est-à-dire deux mois et demi après l'accouchement.

Cette femme entra à l'hôpital Necker le 10 juin avec son enfant, elle se portait elle-même très bien à cela près de quelques étourdissements. L'enfant était très chétif, très maigre, atteint de diarrhée chronique et paraissait n'avoir pris aucun développement depuis sa naissance. Il était évident pour nous que ce malheureux enfant était condamné à périr s'il continuait à être nourri au biberon; d'ailleurs la compression exercée sur les mamelles de sa mère faisait sortir une gouttelette d'un liquide lactescent. Aussi M. Trousseau prescrivit-il, avant toutes choses, le retour à l'allaitement naturel.

Dès le lendemain, la mère essaya de donner le sein à son enfant qui le prit très volontiers; toutefois, le jour suivant, il n'était venu encore que très peu de lait, mais après le 2^e jour, la montée du lait se fit sentir des deux côtés d'une manière très manifeste. Le quatrième jour le lait monta assez vivement pour que l'enfant pût s'en contenter et déjà sa santé s'était améliorée. Le mieux se prononça tous les jours davantage et la santé finit par se rétablir complètement avec l'aide des moyens les plus simples.

II. — Chez une autre femme accouchée au n° 12 de la salle Sainte-Julie, nous avons vu l'enfant reprendre le sein et la sécrétion du lait se rétablir, un mois après le sevrage.

III. — Enfin nous avons au n° 5 de la salle Sainte-Cécile une jeune femme très bien portante d'ailleurs, qui avait sevré son enfant âgé de 6 mois pour je ne sais quel motif. L'enfant supporta mal le sevrage et sa santé alla toujours en déclinant jusqu'au moment où il entra à l'hôpital.

Il avait alors 10 mois, il était sevré depuis 4. Comme M. Trousseau faisait observer à cette femme que la cessation prématurée de l'allaitement avait été la cause des accidents qui existaient chez son enfant, elle essaya de lui donner de nouveau à téter; l'enfant reprit le sein sans difficulté. Dès le premier jour il y eut un peu de sécrétion laiteuse; huit jours après, le lait était revenu aussi abondant qu'auparavant et la santé se rétablissait.

IV. — Trousseau et Pidoux ont observé en ville un jeune enfant qui avait été sevré vers 8 ou 9 mois et dont la santé s'était depuis lors très gravement altérée. Deux mois plus tard, toutes les médications devenaient inutiles; on conseilla aux parents de recourir de nouveau à l'allaitement naturel. L'enfant éprouva les deux premiers jours beaucoup d'aversion pour le sein, mais on lui refusa toute alimentation et il se remit à téter. Bientôt la sécrétion du lait qui n'avait pas été sollicitée depuis deux mois, rede vint plus abondante que par le passé et la santé de l'enfant en ressentit la plus heureuse influence.

OBSERVATIONS XIV (Ballou. *American Journal of the medical sciences*-1852.)

I. — Une dame de 30 à 40 ans, robuste, mère de plusieurs enfants, vit survenir pendant l'automne de 1836, à la suite d'un

accouchement naturel, une phlegmatia alba dolens double avec mouvement fébrile très intense et douleurs très vives. La sécrétion du lait s'étant supprimée dès le début de la maladie, l'enfant fut confié à une nourrice qui le garda pendant trois ou quatre mois pendant lesquels la mère ne vit pas reparaitre son lait. Au printemps suivant cette dame voulant faire un petit voyage pour sa santé désira emmener son enfant avec elle, mais elle était fort embarrassée, parce qu'en même temps elle ne voulait pas le sevrer.

M. Ballou lui conseilla d'approcher son enfant du sein comme s'il eût eu beaucoup de lait. Quinze jours après, la sécrétion du lait s'étant rétablie, elle continua encore à nourrir son enfant pendant une année.

II. — Il s'agit d'une dame de 25 ans, dont l'enfant se sevrà lui-même à l'âge de 5 mois à la suite d'une stomatite. La mère vit son lait disparaître entièrement 3 mois après. Ballou fut appelé pour donner des soins à cet enfant qui était atteint de choléra sporadique. Comme cette dame avait perdu plusieurs enfants de la même maladie et au même âge, ce médecin lui exprima le regret que l'enfant eût été privé du bénéfice de l'allaitement naturel, ajoutant que dans son opinion les chances de guérison étaient fort atténuées.

Informée que dans des cas semblables, M. Ballou avait fait reprendre l'allaitement avec succès, cette dame, sans l'en avertir, mit au sein l'enfant qui le prit sans difficulté et sembla s'apaiser. Cependant rien ne prouvait qu'il eût pris du lait ou que la sécrétion se fût reproduite. M. Ballou l'engagea à persévérer dans cette pratique, ce qu'elle fit ; l'enfant se rétablit et, 8 ou 10 jours après, le lait était parfaitement revenu. La mère nourrit encore son enfant pendant plusieurs mois, comme s'il n'y eût pas eu d'interruption dans la sécrétion lactée.

III. — Une dame de 21 ans était affectée avant son accouchement d'une stomatite avec diarrhée, les accidents d'abord calmés par la perte de sang ne tardèrent pas à reparaitre avec une nouvelle violence, 8 ou 10 jours après l'accouchement. La sécrétion

du lait était abondante, mais comme le poulx était à 120, la langue, chargée, les forces affaiblies par d'abondantes déjections, la face et les extrémités congestionnées, M. Ballou n'hésita pas à faire cesser l'allaitement et à mettre l'enfant aux mains d'une nourrice, annonçant aux parents que dès que la malade serait rétablie il lui suffirait de mettre son enfant au sein pour voir reparaître le lait et pour reprendre ses devoirs de mère.

Le lait disparut peu à peu ; la malade se rétablit sous l'influence des toniques et d'une alimentation généreuse. Deux ou trois mois après, cette dame fit appeler M. Ballou pour le prier de tenir la promesse qu'il lui avait faite de reprendre l'allaitement. Il lui assura qu'il n'y avait aucun doute sur le résultat ; et la malade, ayant porté son enfant au sein, avait recouvré la puissance de l'allaitement en deux semaines, comme si, disait-elle, le lait n'eût jamais tari.

OBSERVATION XV (Machell. British medical Journal-London 1897.)

Le 13 janvier dernier, j'étais appelé à voir l'enfant R..., âgé de six semaines.

Pendant 4 semaines il avait été nourri artificiellement et les divers modes d'alimentation qu'on avait tentés avaient tous échoué ; il n'avait pu digérer aucun aliment et, comme conséquence il était atteint d'une gastro-entérite aiguë. Il avait le teint pâle, la figure ridée ; ses mains crispées, l'expression anxieuse de son visage, son agitation et ses cris montraient qu'il souffrait de douleurs abdominales. Il était voué à une mort certaine si on ne changeait pas complètement la nature de son alimentation. La mère, interrogée sur la cause qui lui avait fait abandonner l'allaitement de son enfant, me répondit qu'à la suite de gerçures du mamelon, elle avait eu des abcès aux seins et qu'un médecin lui

avait conseillé d'aller se faire soigner à l'hôpital ; c'est ce qu'elle fit, laissant son enfant aux soins de sa jeune sœur.

Elle resta à l'hôpital une quinzaine de jours, et elle était rentrée chez elle depuis une seconde quinzaine lorsque je vis l'enfant. A l'examen je trouvai les seins mous et flasques, mais il était possible de faire sourdre quelques gouttes de lait par le mamelon. Je pris immédiatement la décision d'essayer de rappeler la sécrétion lactée, car c'était la seule chance de salut pour l'enfant. A deux reprises j'exprimai complètement le lait avec les doigts et à la fin de la journée l'enfant fut mis au sein. Tout d'abord il ne voulut pas téter, mais après plusieurs tentatives et en ne lui donnant absolument rien en dehors de quelques cuillerées d'eau et de whiskey, j'eus la satisfaction de le voir prendre le sein de sa mère.

Une alimentation appropriée, des bains et un massage léger des seins aidèrent à rappeler la sécrétion, si bien, qu'au bout d'une semaine, l'enfant pouvait prendre tout le lait dont il avait besoin. Au bout de deux semaines la sécrétion lactée était devenue aussi abondante qu'avant le sevrage.

CONCLUSIONS

I. — Certaines causes, et en particulier les affections inflammatoires de la mamelle et les maladies générales aiguës, peuvent entraîner une suspension momentanée de l'allaitement au sein.

II. — Lorsque l'enfant est trop jeune pour être sevré et que la maladie de la mère menace de durer longtemps, le mieux sera de prendre une nourrice. Mais dans certains cas, insuffisance de ressources, syphilis des parents, l'enfant doit être mis à l'allaitement artificiel. Ce mode d'alimentation ne sera que provisoire ; il permettra d'attendre le moment où l'allaitement maternel pourra être repris. Il est démontré en effet, que la sécrétion lactée peut se rétablir lorsqu'elle a été momentanément tarie.

III. — Le retour de la sécrétion lactée peut s'effectuer après un intervalle de cinq mois et davantage. D'une façon générale, il est facile lorsque l'interruption de l'allaitement n'a pas duré plus de deux mois.

IV. — Il faut environ quinze jours pour que la sécrétion lactée se rétablisse avec son abondance primitive. Ce délai est considérablement abrégé, lorsque la femme peut tirer son lait pendant toute la durée de la suspension de l'allaitement.

V. — Le moyen le plus efficace pour rappeler la sécrétion lactée, est la succion exercée sur le mamelon. Il suffit de remettre l'enfant au sein, ou lorsque celui-ci est un débile, de faire téter la mère par un gros enfant, pour forcer la glande mammaire à reprendre sa fonction. Dans certains cas, le massage et l'électrisation des seins constituent d'utiles adjuvants.

VI. — La reprise de l'allaitement maternel sera quelquefois la seule chance de salut pour les enfants qui supportent mal un sevrage prématuré.

Vu : Le Président de la Thèse,
P. BUDIN

Vu:
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE.

- AUBERT (A.). — Emploi de la faradisation localisée pour rappeler la sécrétion lactée. *Union médicale*, IX, Paris, 1855.
- BALESTRE et GILLETTA DE ST-JOSEPH (de Nice). — Mortalité de la première enfance de la population urbaine de la France de 1892 à 1897. Doin, 1901.
- BALLOU. — On the reproduction of lactation, *American Journal of the medical sciences*, Jan.. 1852.
- BOUCHACOURT (L.). — De l'utilisation de la partie extra-embryonnaire de l'œuf. *Obstétrique*, mars et mai 1902.
- BOUCHUT. — Hygiène de la première enfance (1860).
- BOURIER. — Considérations sur la sécrétion lactée chez la femme. Augmentation, retour, établissement tardif. *Thèse*, Paris, 1901.
- BRIENS. — Quelques considérations sur les causes invoquées pour supprimer l'allaitement au sein. *Thèse*, Paris, 1902.
- BUDIN (P.). — Le nourrisson. Doin, 1900.

- BUDIN. — Quelques considérations sur la sécrétion lactée chez les femmes. Etablissement tardif, abondance et rétablissement de la sécrétion lactée. *Obstétrique*, Paris, 1900.
- Communication au *XIII^e Congrès international des sciences médicales* (section d'obstétrique).
- BUDIN et DEMELIN. — Manuel pratique d'accouchements et d'allaitement. Doin, 1904.
- CAPRON (E.). — Des anomalies de la sécrétion mammaire. *Thèse*, Paris, 1877.
- CARON DE LA CARRIÈRE. — Communication à la *Société de médecine pratique*, Janvier 1891.
- DAMOURETTE. — Affections du nourrisson consécutives à la galactophorite de la nourrice. *Thèse*, Paris, 1893.
- DUJARDIN-BAUMETZ. — Sur l'électrisation des seins pour augmenter ou rétablir la sécrétion lactée. *Bull. gén. thérapeutique*, XCII, Paris, 1877.
- DUVAL (R.). — La sécrétion mammaire non puerpérale. *Thèse*, Paris, 1881.
- FOURNIER. — Rétablissement de la sécrétion lactée sous l'influence de l'action excitatrice de l'électricité portée sur les glandes mammaires. *Gaz. Hôpit.*, XV, Paris, 1862.
- GRINIEWITCH (O.). — De l'allaitement maternel considéré surtout au point de vue des galactagogues. *Thèse*, Paris, 1892.
- GUBLER. — Du retour de la sécrétion laiteuse après un sevrage prolongé. *Union méd.*, VII, Paris, 1852.
- HÉNAUT. — Rétablissement de la sécrétion lactée par l'électrisation. *Thèse* Lille, 1899.
- JACQUEMIER. — Lactation. *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*.
- LAGNEAU. — Observation qui démontre la possibilité de rappeler la sécrétion lactée plus d'un mois après l'accouchement et qu'elle peut encore être assez abondante pour faire avec succès l'allaitement. *Journal de méd., chir. et pharm.*, XXXI, Paris, 1814.
- LAISNEY. — De l'augmentation de la sécrétion lactée suivant les demandes. *Thèse*, Paris, 1903.

- LARDEUR. — De l'influence de l'électricité appliquée aux organes de la sécrétion, de ses bons effets pour ramener ou augmenter la sécrétion du lait chez des nourrices. *Thèse*, Paris, 1859.
- MACHELL. — Reestablishment of the milk flow after an interval of four weeks. *The British med. J.*, I, London, 1897.
- MARFAN. — Traité de l'Allaitement.
- MARTIN (N.). — *Bulletin médical de l'Algérie*, 1896.
- MINOT. — Secretion of milk restored by electricity. *Boston Med. and Surg. J.*, 1870, LXXXII.
- PERRET. — Etablissement tardif de la sécrétion lactée; les enfants débiles doivent être allaités par leur mère. *Bulletin de la Société d'Obstétrique*, Paris, 1900.
- PLANCHON. — Durée de l'allaitement au sein à la consultation de nourrissons de la Clinique Tarnier. *Obstétrique*, mai 1902.
- QUILLIER. — De l'augmentation progressive de la sécrétion lactée chez la nourrice suivant les demandes. Communication à la *Société obstétricale de France*, avril 1902.
- TROUSSEAU. — De l'allaitement, de la première dentition des enfants et du sevrage. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* II, 1865.